

CERTIFICADO

Fecha 17/04/2024

El (la) Profesional que suscribe certifica que el (la) paciente:

Sofía Rivera Tregobal

debe permanecer en reposo.

Desde 17/04/2024 Hasta 18/04/2024

Sin actividad física durante _____ días

Por causa que se expresa a continuación,

Diagnóstico:

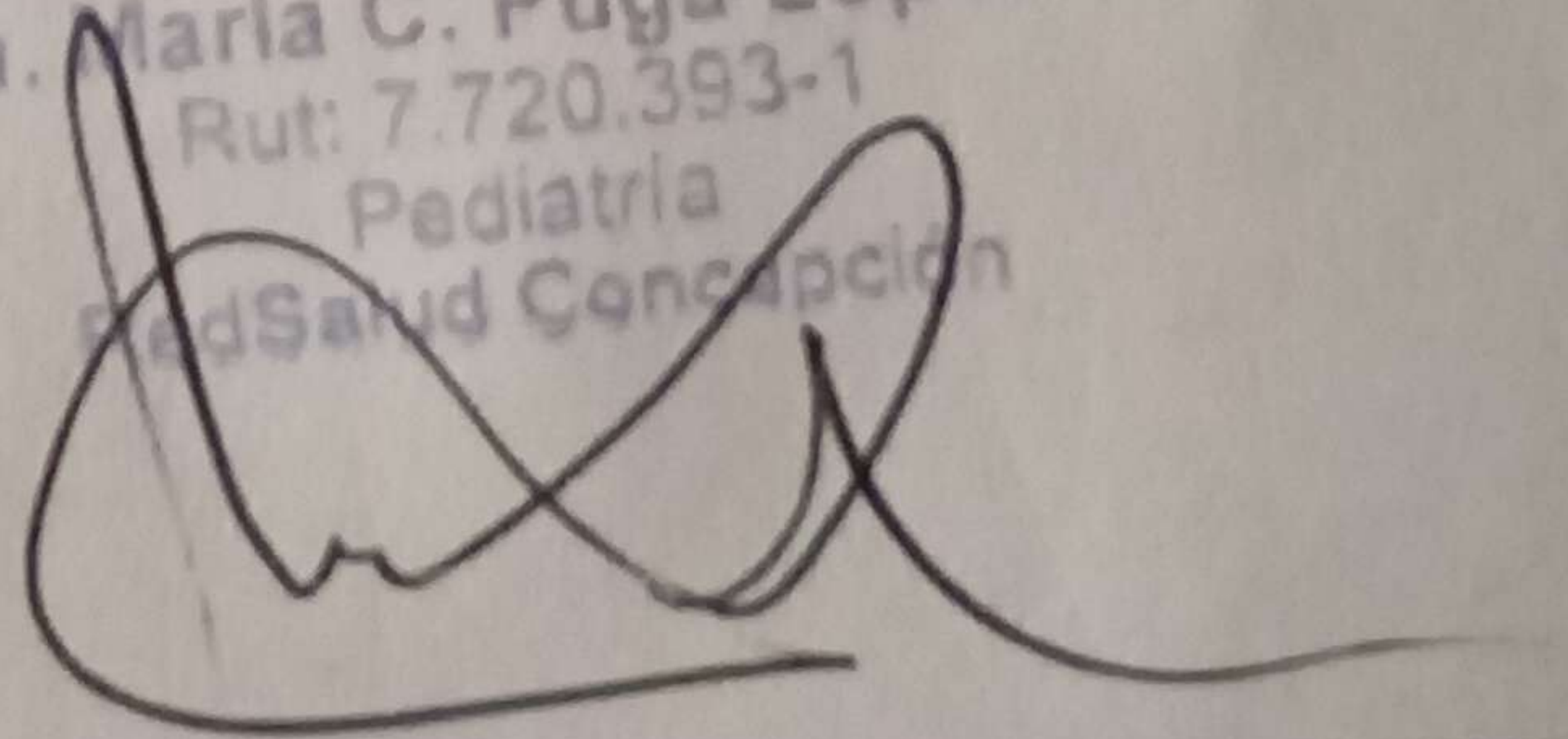
Resfriado en
evolución

Se extiende el presente certificado a petición del interesado para que sea presentado en:

o los fines que estime conveniente.

Dra. María C. Puga López D.
Rut: 7.720.393-1

Pediatría
Red Salud Concepción



Médico tratante